

高齢循環器疾患患者の食行動の実践と認識

伊達久美子¹⁾, 西田頼子¹⁾, 中村美知子¹⁾,
西田文子¹⁾, 小森貞嘉²⁾

近年, 人々の生活形態の変化にともない, 健康に対する関心や認識が深まっている一方, 高齢の生活習慣病患者は増加しつつある。本研究の目的は高齢循環器疾患患者の食行動とその認識の特徴を調べ, 食生活管理上の課題を明らかにし, 援助の方向性を探ることである。循環器内科外来通院中の高齢者31名(以下, 高齢群)と学生30名(以下, 青年群)に調査を行った。食行動の認識は摂食態度調査(以下, EAT-20)を一部改変したものと, 我々が作成した食習慣の認識調査を併せて用いた。EAT-20得点, 食習慣の認識得点は, とともに高齢群が青年群より有意に低く, また32の質問項目中20項目で有意差が認められたことから, 高齢群は循環器疾患を有し治療中であるにも関わらず, 食べることに関する制限やまたそれによる心理的な負担感が少ないことが推察された。高齢者の良好な食生活のあり方, 食生活がもたらす意味や価値は多様であり, 一般的な患者教育や栄養指導では個人の健康管理に充分対応できないことが示唆された。

キーワード: 高齢循環器疾患患者, 食生活, 食行動の認識, ファーストフード

はじめに

人口の高齢化, 医学・医療の進歩, 近代工業化・経済の発展等に伴う生活環境の変化等によって, わが国の国民の疾病構造は大きく変わり, がん, 心疾患, 脳血管疾患が死因の重要な位置をしめるようになった¹⁾。高齢者は複数の疾患を有する場合が多く, しかも長期化する傾向が強い。通院率の高い高血圧, 心疾患, 糖尿病などの疾患は壮年期から発症がみられる疾患であり, 長期に至る食習慣や生活習慣は健康状態への影響が大きい²⁾。人々の生活形態の変化にともない健康に対する関心や認識が深まっている一方, 高齢の生活習慣病患者は増加している。「健康日本21」では, 基本理念である全ての国民が健康で明るく元気に生活できる社会の実現を図るため, 健康寿命を延伸させることを目標としている³⁾。特に循環器疾患, がん, 糖尿病の予防を重視し, 生活習慣の改善やそれによる危険因子の低減を具体的な数値目標をあげ, 日頃から健康づくりを実践し, 生活の質を高めることを提唱している³⁾。食に対する知識はマスメディアを通じて普及しつつあるが, 高齢者が独自で健康管理を行うには充分とはいえない。このような背景の中, 本研究では高齢循環器疾患患者の食行動とその認識の特徴を調べ, 食生活管理上の課題を明らかにし, 援助の方向性を探ることを目的とした。本研究における食行動の調査は, 単に食物摂取内容や栄養素等摂取状況を把握し評価するのではなく, その行動に至るまでの対象者の態度や認識, 特にその行動に対して肯定的なのか, 否定的なのかといった点に着目している。また, 現在, 全国的にファ-

ーストフード店の出店が目立ち, 調理済み食品の利用は老若男女を問わず増加している。調理済み食品は学生, 高齢者, 核家族者のような少数家族, 単身生活者のような独居者にとっては, 経済的に助かる, 調理時間が短縮されるためゆとりの時間が生まれる等の利点がある。しかし過度の依存は栄養素摂取量に過不足が生じ健康問題に直結することも多い。これらの問題を扱った研究報告は非常に少なく, 栄養改善法に基づき毎年約15,000人を対象に実施している国民栄養調査⁴⁾でさえも調理済み食品やファーストフードの利用状況については取り上げていない。これらの現状を踏まえ, ファーストフードの利用状況をも視野に入れ調査用紙を作成し, 調査を行った。

研究方法

1 対象

平成13年1月から4月の4ヶ月間に, Y大学医学部附属病院の循環器内科外来に通院中の高齢者のうち, 調査の趣旨を文書と口頭で説明し同意が得られた31名(男性15名, 女性16名)(以下, 高齢群)と, 参考データを得るためにY大学の健康な学生に同様の手続きの後, 同意の得られた30名に調査を実施した(男性7名, 女性23名)(以下, 青年群)。

高齢群の平均年齢は73.0±8.4歳(表1)で, 疾患の内訳をみると高血圧, 高脂血症, 不整脈, 虚血性心疾患の順に多かった。食事療法を行っていると回答した者は6名であった(表2)。青年群の平均年齢は20.7±1.3歳であった。飲酒習慣があると回答した者は高齢群で9人いたのに対し, 青年群には1人もいなかった。また高齢群の生活習慣を国民栄養調査結果(平成11年度)⁴⁾と比較すると, 喫煙習慣がある者は, 全国平均(60~69歳は22.8%,

1) 看護学科臨床看護学講座

2) 看護学科人間科学・基礎看護学講座

表1 対象者の概要

	高齢群 (n=31)		青年群 (n=30)	
	人	(%)	人	(%)
平均年齢(歳): 平均値(±SD)	73.0	(8.4)	20.7	(1.3)
年齢層	初老期(60~64歳)	7 (11.5)		
	前期高齢期(65~74歳)	13 (21.3)		
	後期高齢期(75歳以上)	11 (18.0)		
性別	男性	15 (48.4)	7 (23.3)	
	女性	16 (51.6)	23 (76.7)	
同居者の有無	ある	26 (89.7)	3 (100.0)	
	なし	5 (15.6)	27 (76.7)	
摂取エネルギー量(kcal): 平均値(±SD)	1,531.2	(435.7)	1,636	(473.4)
消費エネルギー量(kcal): 平均値(±SD)	1,655.6	(277.5)	1,873	(509.8)
BMI(kg/m ²): 平均値(±SD)	22.3	(3.3)	21	(2.8)
血圧(mmHg)	収縮期: 平均値(±SD)	139.8 (21.5)	116 (14.5)	
	拡張期: 平均値(±SD)	79.4 (10.7)	75 (11.2)	
喫煙習慣 ^{注1)}	なし	28 (90.3)	28 (93.3)	
	ある	3 (9.7)	2 (6.7)	
飲酒習慣	なし	22 (71.0)	30 (100.0)	
	ある	9 (29.0)	0 (0.0)	
運動習慣 ^{注2)}	ある	8 (25.8)	12 (40.0)	
	なし	23 (74.2)	18 (60.0)	
運動不足の自覚	ない	13 (41.9)	6 (20.0)	
	ある	16 (51.6)	24 (80.0)	
	無回答	2 (6.5)	0 (0.0)	
	(低い)	21 (67.7)	18 (60.0)	
活動強度	(やや低い)	7 (22.6)	9 (30.0)	
	(適度)	3 (9.7)	2 (6.7)	
	(高い)	0 (0.0)	1 (3.3)	

注1) 週3回以上, 1日に日本酒1合以上またはビール大1本以上飲んでいる

注2) 週2回以上, 1回30分以上, 1年以上継続している

表2 高齢者の循環器疾患に関連した特徴 (n=31)

項目	内 訳	人 (%)
診 断 名	高血圧	23 (74.2)
	高脂血症	18 (58.1)
	不整脈	15 (48.4)
	虚血性心疾患	11 (35.5)
	その他の循環器疾患	8 (25.8)
	その他の疾患(延数)	37
内 服	降圧薬	28 (90.3)
	抗高脂血症薬	11 (35.5)
	狭心症治療薬	9 (29.0)
	抗血栓薬	9 (29.0)
	抗不整脈薬	7 (22.6)
	強心薬	3 (9.7)
	その他の内服薬(延数)	36
	気になる症状	胸痛・不整脈・動悸
その他の症状(延数)		18
なし		12 (38.7)
食事療法	あり	6 (19.4)
	なし	25 (80.6)
	内容(複数回答)	
	塩分制限	4 (66.7)
	ビタミンK制限	2 (6.5)
カロリー制限	1 (16.7)	

70歳以上は15.9%)に比べ9.7%と少なかったが, 飲酒習慣は全国平均(60~69歳は26.9%, 70歳以上は20.5%)に比べ, 29.0%とわずかながら高かった。運動習慣は全国平均(60~69歳は36.2%, 70歳以上は35.0%)に比べ

25.8%と大幅に低く, 運動不足を自覚しているものは半数を超えていた。なお, 高齢群のBMIは全国平均23.3kg/m²とほぼ同じであったが, 摂取エネルギー量は全国平均1741.0kcal(70歳以上)を下回っていた。詳細は別報(本紀要「高齢循環器疾患患者の栄養摂取バランスと血中脂質・脂肪酸組成の特徴」)で報告する。

2 調査内容・方法

調査は基本的属性等のほか, 食行動の実践状況については食事の規則性, 食事の方法, 自炊や外食・ファーストフードの利用頻度等を調査した。食行動の認識については(1) Eating Attitudes Test(摂食態度調査, 以下EAT-20)⁵⁾⁻⁷⁾を一部改変したものと, 本研究のために先行研究⁸⁾⁻¹⁰⁾を参考に筆者らが作成した(2)食習慣の認識調査を併せて用いた。ファーストフードの利用頻度に関する質問は, ファーストフードをそのまま, あるいは簡単な調理(温める)で食べられる保存性加工食品や, 注文してすぐ食べられ, また持ち帰ることの出来る食品と捉え, 調査用紙には『ファーストフードをハンバーガー, フライドチキンなどファーストフード店で売っているもの, コンビニエンスストアの弁当, 惣菜など, チェーン展開している弁当屋などの弁当・惣菜など』と規定して回答を求めた。

調査用紙は青年~高齢者を対象に自己記入式および面接式で行えるよう作成した。事前に各年代層2~3名程度にプレテストを行い, 修正を加えた。今回の調査は, 高齢者に対しては面接式で実施した。

(1) EAT-20(摂食態度調査)

EAT-20(Eating Attitudes Test)は本来, 神経性食欲不振症患者の食行動を調査する目的で創案され, 開発・改訂が繰り返されてきた尺度であるが, 健常者が大部分と考えられるサンプルにおける食行動異常度を測定する目的でも用いることができる⁷⁾。6段階の評価法(全くない=1, たまに=2, とときどき=3, しばしば=4, 非常に頻繁に=5, いつもそう=6)を用い, 全20項目, 得点範囲20~120点となる。新里ら⁵⁾の研究によりその妥当性と内的整合性, 再テスト信頼性の確認がなされている。調査項目は抑制的な態度(摂食制限), 肥満に対する恐怖, 食事への執着などを含んでいる。循環器疾患を患う高齢者は, 血管障害の遠因ともなっている高カロリー, 高脂肪, 高塩分などの食事の偏りがあることで, 食事療法(エネルギー制限食, 脂質制限食, 塩分制限食など)を長期にわたり指示されている可能性があり, 神経性食欲不振症患者と同様の心理傾向が存在すると考えた。本研究では食行動に対して肯定的ないしは否定的な認識を対象者が有しているか否かを判断するためにこの尺度を用いた。EAT-20の得点が高い者ほど食行動を否定的に捉え, 反対に低い者ほど肯定的に捉えていると判断する。

表3 食生活の実践状況

		高齢群 (n=31)	青年群 (n=30)	有意差
		Mean±SD(Me)	Mean±SD(Me)	
食事回数	(回/日)	2.9±0.3	2.7±0.4	***
間食回数	(回/日)	0.8±0.7	0.7±0.7	
孤食 ^{注)}		1.5±0.8 (1.0)	2.2±0.6 (2.0)	***
家庭食 ^{注)}		2.6±0.6 (3.0)	1.9±0.6 (2.0)	***
レトルト食品	(回/週)	1.2±2.3	1.8±1.7	
外食	(回/週)	1.1±2.0	1.9±1.6	
ファーストフード店合計(回/週)		0.7±1.3	3.6±1.7	***
(内訳)ファーストフード		0.01以下	0.4±0.4	***
コンビニエンスストア		0.2±0.4	2.9±1.7	***
弁当屋		0.4±1.3	0.2±0.6	

t検定を用い、***p<0.001を示す。注)の孤食・家庭食については、1.ほとんどない、2.1日1~2回、3.1日3回以上と順序尺度で質問しているため、Mann-WhitneyのU検定を用い、()は中央値を示した。

表4 購入するファーストフード

食品名	高齢群 (n=31)	青年群 (n=30)
	人 (%)	人 (%)
寿司	15 (48.4)	3 (10.0)
弁当	6 (19.4)	6 (20.0)
おにぎり	5 (16.1)	15 (50.0)
サンドイッチ・パン	5 (16.1)	14 (46.7)
惣菜	4 (12.9)	3 (10.0)
サラダ	2 (6.5)	9 (30.0)
ハンバーガー	1 (3.2)	11 (36.7)
麺類	1 (3.2)	6 (20.0)
丼もの	1 (3.2)	2 (6.7)
ピザ	1 (3.2)	1 (3.3)
フライドポテト	0 (0.0)	6 (20.0)

本調査におけるファーストフードとは、ハンバーガー、フライドチキンなどファーストフード店で売っているもの、コンビニエンスストアの弁当、惣菜など、チェーン展開している弁当屋などの弁当・惣菜などである。

表5 ファーストフードを利用する理由

項目	質問	高齢群 (n=31)	青年群 (n=30)
		人 (%)	人 (%)
簡便性	手軽に利用できる	13 (41.9)	29 (96.7)
	自分で調理する時間がない	6 (19.4)	25 (83.3)
	後片付けが簡単である	5 (16.1)	23 (76.7)
味覚・嗜好	種類が豊富で選ぶことができる	3 (9.7)	11 (36.7)
	美味しい	6 (19.4)	16 (53.3)
	見た目が良い	2 (6.5)	5 (16.7)
地理・環境	近くにお店がある	6 (19.4)	24 (80.0)
	自宅に調理道具がない	0 (0.0)	1 (3.3)
経済性	安い	3 (9.7)	13 (43.3)
	食材の無駄がない	5 (16.1)	11 (36.7)
健康観	体に良い	0 (0.0)	0 (0.0)
	食事制限がないので何でも食べれる	4 (12.9)	8 (26.7)
栄養面	色々なもの(食品)を食べる事ができる	3 (9.7)	6 (20.0)
	栄養のバランスが良い	2 (6.5)	1 (3.3)
	カロリーが表示されている	2 (6.5)	6 (20.0)
価値観	調理をする時間が勿体無い	1 (3.2)	11 (36.7)
	調理時間が短縮できる	3 (9.7)	25 (83.3)
生活習慣	食べ慣れている	2 (6.5)	8 (26.7)
	家族もよく利用している	2 (6.5)	1 (3.3)
調理技術	調理が下手である	1 (3.2)	2 (6.7)
	自分で作ったものは美味しくない	1 (3.2)	4 (13.3)
	身体的理由により調理が出来ない	1 (3.2)	2 (6.7)
人との交流	店で人と話す機会がもてる	0 (0.0)	3 (10.0)

(2) 食習慣の認識調査

EAT-20と同様に6段階の評価法を用いた。ここでは先行研究を参考にしながら、EAT-20の質問項目に入っていない外発的な摂食態度「他人が食べているのをみると同じように食べたくなる」や情動的な摂食態度「不機嫌なとき何か食べたくなる」の質問項目を採用した。またコミュニケーションを円滑にするなどの人間の営みとして食行動を捉える「他の人と一緒に食事をするのが好きなほうである」や、食習慣の評価「自分の食習慣は正常である」や満足感「食事をするのは楽しみである」などの質問項目を加え、全12項目、得点範囲12~72点とした。

3 分析方法

食行動の認識に関しては各尺度の総点の中央値および平均値と標準偏差を算出した。参考データである青年群との比較にはMann-WhitneyのU検定を用いた。質問項目ごとの比較はMann-WhitneyのU検定、実践状況は尺度の種類によってt検定とMann-WhitneyのU検定、食行動の認識と実践状況の関連は、Pearsonの積率相関係数とSpearmanの順位相関係数を参考に考察を行った。統計処理ソフトはSPSS for Windows 10.0を使用した。

結果

1 食生活の実践状況

「食事回数」、「家庭食(家庭で調理した食事)」は高齢群の方が青年群より有意に多く、逆に「孤食(一人で食事をする)回数」、「ファーストフード店の利用合計回数」、「ファーストフードの利用回数」、「コンビニエンスストアの利用回数」は有意に少なかった(表3)。間食は高齢者にとってエネルギー源を確保する機会となるので間食内容の如何に関わらず重要であるといわれる¹²⁾が、本調査において間食をとっている高齢者の割合は61.3%で、足立¹⁰⁾、酒井ら¹²⁾の高齢者を対象に食生活状況の調査結果と類似傾向(約65%)にあった。

ファーストフード店の利用合計は、高齢群が週に0.7回と少ないのに比べ、青年群は3.6回と多く、2日に1回程度は利用していることがわかった。高齢群がファーストフード店で購入する食品で最も多いのは、表4に示すように「寿司」が15人と圧倒的に多く、弁当、おにぎり、サンドイッチ・パンと続き、主食となる食品が目立った。青年群はおにぎり15人、サンドイッチ・パン14人、ハンバーガー11人が多かった。表5にはファーストフードを利用する理由を示した。高齢群は「簡便性」、「経済性」、「地理・環境」を理由にあげる者の割合が高かった。青年群では「簡便性」、「地理・環境」が非常に高い割合を示していた。高齢群では「店で人と話す機会がも

表6 高齢循環器疾患患者の食行動に対する認識 - 青年群との比較 -

質問項目	〔得点範囲〕	高齢群 (n=31)	青年群(n=30)	有意差
		Me (Mean ± SD)	Me (Mean ± SD)	
食行動に対する認識総点	〔 32 ~ 192 〕	60.0 (56.8 ± 15.3)	74.5 (77.9 ± 17.2)	***
摂食態度：EAT-20	〔 20 ~ 120 〕	30.0 (30.6 ± 10.1)	40.0 (41.5 ± 14.8)	**
食習慣の認識	〔 12 ~ 72 〕	26.0 (26.2 ± 7.3)	37.0 (36.3 ± 6.1)	***

Mann-WhitneyのU検定を用いMeは中央値を示し (Mean ± SD) は参考値である。***はp < 0.001, **はp < 0.01を示す。

表7 各質問項目別の食行動の認識得点

質問項目	高齢群 (n=31)	青年群 (n=30)	有意差
	Me(Mean ± SD)	Me(Mean ± SD)	
摂食態度 食事の前になると神経質になる	1.0 (1.0 ± 0.2)	1.0 (1.7 ± 1.2)	***
(EAT-20) 肥満になることが怖い	2.0 (3.0 ± 2.1)	4.0 (4.0 ± 1.7)	*
お腹がすいたときには食事をしないようにしている	1.0 (1.3 ± 1.2)	1.0 (1.6 ± 0.9)	*
食物のことで頭が一杯である	1.0 (1.3 ± 1.1)	2.0 (2.3 ± 1.4)	***
自分が食べる食物のカロリー量を知っている	1.0 (1.9 ± 1.5)	2.0 (2.4 ± 1.2)	*
高炭水化物 (飯, パン, ポテトなど) は特に食べないようにしている	1.0 (1.2 ± 0.2)	1.0 (1.5 ± 0.8)	
食後に罪悪感にさいなまれる	1.0 (1.0 ± 0.3)	2.0 (2.2 ± 1.1)	***
体が細く (痩せる) なることに頭が一杯である	1.0 (1.1 ± 2.2)	2.0 (2.1 ± 1.3)	***
1日に1~数回体重を測定する	1.5 (2.7 ± 1.0)	1.0 (2.1 ± 1.7)	
運動をするときにはカロリーの消費を考えてする	1.0 (1.3 ± 1.3)	2.0 (2.0 ± 1.4)	**
自分の体に脂肪分がつきすぎているか, との考えが頭から離れない	2.0 (2.1 ± 1.7)	2.0 (2.2 ± 1.5)	
糖分が高い食物は食べないようにしている	1.5 (2.2 ± 0.7)	2.0 (2.4 ± 1.2)	
ダイエット食 (低カロリー食) を食べている	1.0 (1.2 ± 1.4)	1.0 (1.3 ± 0.7)	
食事が私の人生を左右 (コントロール) している感じがする	1.0 (1.7 ± 1.9)	1.0 (1.7 ± 1.0)	
食事に関するセルフコントロールをしている	2.0 (2.5 ± 1.1)	3.0 (3.0 ± 1.1)	
他の人が私にもっと食べるようにとの圧力をかけている感じがする	1.0 (1.3 ± 0.9)	1.0 (1.2 ± 1.5)	
食物に関して時間をかけすぎたり, 考えをめぐらし過ぎるきらいがある	1.0 (1.2 ± 0.5)	1.5 (2.0 ± 0.6)	***
甘い物を食べた後, 気になる	1.0 (1.2 ± 0.7)	3.0 (2.9 ± 1.4)	***
ダイエット (食事制限) をしている	1.0 (1.3 ± 0.7)	1.0 (1.9 ± 1.7)	**
食後に吐きたい衝動に駆られる	1.0 (1.0 ± 0.2)	1.0 (1.1 ± 1.1)	
食習慣 食事をするのは楽しみである	【逆転項目】 1.0 (2.0 ± 1.3)	2.0 (2.8 ± 0.4)	
他の人と一緒に食事をするのが好きな方である	【逆転項目】 1.0 (2.3 ± 1.8)	2.0 (2.6 ± 1.6)	
食堂 (レストラン) で食事をするのは楽しい	【逆転項目】 1.0 (2.4 ± 1.8)	3.0 (3.1 ± 1.3)	*
自分の食習慣は正常である	【逆転項目】 1.0 (2.0 ± 1.2)	4.0 (3.9 ± 1.4)	***
自分の食習慣が恥ずかしい	1.0 (1.1 ± 0.4)	2.0 (2.2 ± 1.2)	***
一日中何も食べないことがある	1.0 (1.1 ± 0.3)	1.0 (1.5 ± 0.8)	**
食事が残せる	【逆転項目】 5.5 (4.5 ± 1.9)	4.0 (3.4 ± 1.5)	**
食事の時, もう少し食べたいと思うところでやめるようにしている	【逆転項目】 5.5 (4.6 ± 1.8)	4.0 (3.9 ± 1.5)	
不安や心配な時, また緊張しているとき, 何か食べたくなる	1.0 (1.2 ± 0.7)	2.0 (2.4 ± 1.5)	***
不機嫌なとき, 何か食べたくなる	1.0 (1.2 ± 0.6)	2.5 (2.7 ± 1.5)	***
他人が食べているのを見ると同じように食べたくなる	1.0 (2.1 ± 1.7)	3.0 (3.5 ± 1.6)	***
食べ物がおいしいとき, いつもより多く食べてしまう	2.5 (2.8 ± 1.7)	4.0 (4.4 ± 1.2)	***

全くない=1, たまに=2, ときどき=3, しばしば=4, 非常に頻繁に=5, いつもそう=6, の6段階の評定法を用いた。検定はMann-WhitneyのU検定を用い, ***p < 0.001, **p < 0.01, *p < 0.05を示す。Meは中央値を示す。(Mean ± SD) は参考値である。

表8 食行動に対する認識と実践状況との関係

	食事回数	間食	注)		レトルト食品	外食	ファーストフード店合計	内訳		弁当屋	
			孤食	家庭食				ファーストフード	コンビニエンスストア		
高齢群 (n=31)	食行動に対する認識総点	-0.40*	0.26	0.09	0.00	0.05	0.03	-0.06	-0.06	0.31	-0.16
	摂食態度 (EAT-20)	-0.42*	0.26	0.05	0.10	0.04	-0.02	-0.06	-0.01	0.23	-0.13
	食習慣の認識	-0.24	0.18	0.05	-0.18	0.05	0.10	-0.04	-0.11	0.33	-0.14
青年群 (n=30)	食行動に対する認識総点	0.12	-0.03	0.27	0.20	0.18	-0.18	-0.15	-0.25	-0.17	0.20
	摂食態度 (EAT-20)	0.12	-0.07	-0.10	0.23	0.14	-0.31	-0.13	0.10	-0.13	0.19
	食習慣の認識	0.05	0.09	0.31	0.10	0.16	0.10	-0.09	-0.18	-0.15	0.10

Pearsonの積率相関係数, 注) はSpearmanの相関係数, *p < 0.05を示す。

てる”といった「人との交流」を理由にあげる者はいなかったのに対し、青年群で3人いたことは大変興味深い。

2 食行動に対する認識

EAT-20得点、食習慣の認識得点はともに高齢群が青年群より有意に低く、32の質問項目中20項目で有意差が認められた(表6,表7)。各質問項目別にみると、高齢群は慢性循環器疾患で通院中にも関わらず「食事が残せる(逆転項目)」、「食事のときはもう少し食べたいと思うところでやめるようにしている(逆転項目)」の2項目で高得点(中央値5.5)を示したい以外、一様に低い値であった。すなわち高齢群は、食習慣に満足感を持ち、食に対する執着、食事制限による心理的圧迫感や恐怖、外発的・情動的な摂食態度をとる傾向が少ないことを示していた。「食堂(レストラン)で食事するのは楽しい」、「自分の食習慣は正常である」という質問に、高齢群の多くは「いつもそう」と肯定的(中央値1.0)に回答しているのに対し、青年群は4.0と高値で否定的な回答が多かった。

3 食行動に対する認識と実践状況の関係(表8)

高齢群では「認識」と「間食回数」・「コンビニエンスストア利用回数」が弱い正相関、「認識」と「食事回数」は負相関があることから、循環器疾患を有する高齢者は食行動の認識が高い者、すなわち食行動を低く評価している者ほど、一日の食事回数は少ない(欠食が多い)が、間食をとり、またコンビニエンスストアを利用する傾向があることを示していた。青年群では「認識」と「孤食回数」が弱い正相関、「認識」と「外食回数」・「ファーストフード利用回数」は弱い負相関があり、食行動を低く評価している者ほど、一人で食事をする回数が多く、外食とファーストフードを利用している傾向があることが認められた。

考察

現在、心臓病のうち狭心症や心筋梗塞といった虚血性心疾患が増加傾向にあり、心臓病全体の死亡の52%を占める。年齢調整死亡率でみると虚血性心疾患は1994年度に増加に転じ、今後さらに増加するのではと懸念されている¹³⁾。虚血性心疾患のリスクファクターである高血圧、高脂血症、糖尿病、肥満は栄養が大きく関与していることは周知である¹⁴⁾。欧米化している食生活に原因があると警告を発している医療関係者も多く、これらの予防・改善対策として、食事による健康管理は必須である。食事に関する自己管理行動は、食材を買うところからつくるまでの過程と、できあがった食事を食べるという摂食行為からなる¹⁵⁾。武見ら⁸⁾ ⁹⁾は、食行動を捉えるとき、食事内容だけを問題とするのではなく、その行動に至るプロセスや態度に注目する必要があると述べ、食事内容が良好であれば食生活が良好と評価されることが少なくない現状に問題提議を投げかけている。本研究の高齢群における食行動の認識は、得点が低いほど自分の食行動を肯定的に評価していると捉えられるので、循環器疾患を有し、治

療中であるにも関わらず、食べることにする制限やまたそれによる心理的な負担感が少ないことが推察された。また「食事が残せる(逆転項目)」、「食事のときはもう少し食べたいと思うところでやめるようにしている(逆転項目)」の高い得点は、食事を残せたり、もう少し食べたいと思うところでやめられることは殆どないと認識している者が多いことを示していた。これは循環器疾患患者の特有な傾向というより、むしろ第二次世界大戦を体験した高齢者は戦後の飢えの時代を経て、現在、飽食の時代の中で生活していても、心理的に飽食生活になりきれず、“勿体無い”という感覚の強い者が多いと推察するほうが妥当であろう。黒江¹⁶⁾は、食事制限の必要な慢性疾患患者は一般に食に関する自由の喪失感を体験していると述べている。本研究の高齢者は、食事療法を行っていると回答した者が予想に反して6人と少なかった実態とあわせて解釈すると、食事に関する自己管理行動が無頓着である者が多かったのか、あるいはすでに長期にわたる療養生活の間に、食行動の意図的な変更が行われ、生活習慣に定着したことで、負担感やストレスをあまり感じずにいられる心理状態に至っているのではないかと考えた。

本研究の特徴の1つはファーストフードを取り上げていることである。わが国でファーストフードを取り扱った研究は、佐々木ら¹⁷⁾の若年女性を対象にしたコンビニエンスストアでの購入食品数と栄養素摂取量等との関連を検討した調査を除けば簡単な報告が多い。しかも高齢者や生活習慣病等の慢性疾患患者を対象した報告はみられない。アメリカ合衆国を概観しても、Jeffery RWら¹⁸⁾の病的肥満者を対象としたファーストフードの摂食頻度とテレビの視聴時間との関連の調査、Morris Jら¹⁹⁾の高齢者のファーストフードの摂食頻度とモチベーションに関する調査のみであった。Morris Jらはファーストフードを利用する理由を質問し、その結果として“料理をしなくてよい”、“行きやすい”、“経済性”をあげていたが、本研究では回答のみられなかった“社交上の理由”を大切にしている高齢者も多く、相違が認められた。

食事内容が良いことは、より良い食生活の重要な要件であるが、良好な食生活のあり方や食事の楽しさ、満足感、人とのふれあい、生きがいなど食生活がもたらす意味や価値は多様であり、人それぞれ異なるため、一般的な患者教育や栄養指導では個人の健康管理に充分対応できないことが示唆された。現在までの患者教育は「指導」中心に展開されてきているが、最近ではその限界が多々述べられるようになってきている。一般に慢性疾患患者は様々な負担感を抱えていることから心理的なケアは欠かせない。患者教育は知識認知領域)、技術(精神運動領域)、感情や思考(情意領域)のすべてがバランスよく提供される必要がある¹⁶⁾。とかく認知領域への関わりである「指導」に偏りがちであるが、情意領域を忘れない教育的関わりが大切である。またそれに対するケアはすぐに評価できるものではないので、経過を追っていく中、わずかな変化を見落とすこと

なく、それを意味付け、その意義を患者とともに確認していくことが重要である。

おわりに

対象の食生活の査定や評価として従来から一般的に用いられている食事摂取内容や栄養素等摂取状況の把握以外の面から、食行動の認識を指標として用いることの重要性を再確認した。しかし高齢循環器疾患患者の食行動の実践や認識と、健康状態との関係、疾患やリスクファクターとの関係を検討していき、臨床的な意義を深めることの必要性を感じている。また対象者を縦断的研究により経時的に追跡しえれば、生活習慣病の発症や予後との関連を検討することも可能であろう。今後の検討課題としていきたい。

謝辞

本研究にあたり、ご協力いただいた患者の皆様、本学学生30名の皆様に心より感謝いたします。

なお、本研究は文部省平成12～13年度科学研究費(萌芽的研究)の助成を受けて実施したものの一部である。

文献

- 1) 小阪樹徳(2000)生活習慣病の理解。文光堂、東京、1 - 15。
- 2) 岩間範子(2000)ライフステージと健康な食生活。わかりやすい栄養学(中村美知子、長谷川恭子編)。廣川書店、東京、83 - 88。
- 3) 社団法人日本栄養士会編(2000)健康日本21と栄養士活動。第一出版、東京、3 - 13。
- 4) 健康・栄養情報研究会編(2001)国民栄養の現状。第一出版、東京、103 - 111。
- 5) 新里里春、玉井一、藤井真一、ほか(1986)邦訳版食行動調査表の開発およびその妥当性・信頼性の研究。心身医学、26(5): 398 - 407。
- 6) 永田利彦、切池信夫、吉野祥一、ほか(1989) Anorexia nervosa, bulimia患者におけるEating Attitudes Testの信頼性と妥当性。臨床精神医学、18(8): 1279 - 1286。
- 7) 向井隆代(2001)人格障害と問題行動。日本語版EAT-26。心理測定尺度集 - 心の健康をはかる - < 適応・臨床 > (堀洋道監修)、サイエンス社、東京、253 - 257。
- 8) 武見ゆかり、足立己幸(1997)独居高齢者の食事の共有状況と食行動・食態度の積極性との関連。民族衛生、63(2): 90 - 110。
- 9) 武見ゆかり、中村里美、平山浩美、ほか(1996)食行動・食態度の積極性と食物摂取状況との関連 - 埼玉県M町骨密度検診受診成人女性の事例 - 。女子栄養大学紀要、27: 57 - 73。
- 10) 足立容子(1988)高齢者における食事満足度に及ぼす影響。栄養学雑誌、46(6): 273 - 287。
- 11) 今田純雄(1993)食行動に関する心理学的研究(3): 日本語版DEBQ質問紙の標準化。広島修大論集、34(2): 281 - 291。
- 12) 酒井映子、中野米子、熊沢昭子(1997)在宅高齢者の食生活状況からみた食事形態の評価。名古屋女子大学紀要、43: 81 - 90。
- 13) 佐伯知昭(2000)成人病から生活習慣病へ。生活習慣病講座 - 循環器疾患を防ぐために - (佐久間長彦、木村玄次郎編)、南江堂、東京、1 - 12。
- 14) 板倉弘重(1992)動脈硬化・虚血性心疾患。日本人の食習慣の特徴と疾患、第一出版、東京、67 - 91
- 15) 正木治恵(1996)セルフケアと食。看護栄養学(尾岸恵三子、正木治恵編)、医歯薬出版、東京196 - 210。
- 16) 黒江ゆり子(2001)コンプライアンス、アドヒアランスと患者のQOL。糖尿病患者のQOLと看護(川口てる子編)、医学書院、東京、17-38。
- 17) 佐々木敏、辻とみ子、片桐あかね、ほか(2000)コンビニエンスストアでの購入食品数と栄養素・食品群摂取量 - 大学等栄養関連学科女子新入生における検討 - 。日本栄養・食糧学会誌、53(5): 215-226。
- 18) Jeffery RW, French SA(1998)Epidemic Obesity in the United States :Are Fast Foods and Television Viewing Contributing? American Journal of Public Health . 88(2): 277-280。
- 19) Morris J, Schneider D, Macey SM(1995)A Survey of Older Americans to Determine Frequency and Motivations for Eating Fast Food . Journal of Nutrition for the Elderly , 15(1):1-12。

Abstract

Eating Behavior and Its Recognition in Elderly Patients with Cardiovascular Disease

**Kumiko DATE¹⁾, Yoriko NISHIDA¹⁾, Michiko NAMAMURA¹⁾
Fumiko NISHIDA¹⁾ and Sadayoshi KOMORI²⁾**

Though concern about health increased, the number of patients with life-style related disease has been increasing in the elderly population. Eating habits is one of the most important life-style choices. The purpose of this study is to evaluate the eating behavior and its recognition in elderly patients with cardiovascular disease and to find problems and help in the management of eating habits. The subjects in this study were 31 elderly patients with cardiovascular disease and 30 students. We examined by using the EAT-20 (Eating Attitudes Test) and the Eating Habits Questionnaire, which we made.

Elderly patients got lower scores in both tests than students in spite of cardiovascular disease. There were significant differences in 20 out of 32 questions. The results indicated that the elderly patients didn't feel the level of pressure that their doctors intended them to (about the eating plan).

It was suggested that eating behavior and its recognition has a wide degree of variations, therefore stereotyped education and instruction of eating behavior for elderly patients may be insufficient.

1) Clinical Nursing

2) Human Science and Fundamentals of Nursing